HOWITT & PARIS
EYE CARE

COMPREHENSIVE REVIEW OF MEDICAL HISTORY

Date/Fecha: _____ Patient Name/Nombre del Paciente: _____

Age/Edad: _____ Referring Physician/Medico Referente: _____

Review of Systems/Revision de Sistemas **Explanation/Detail - Explicación/Detalles**

Constitutional/Constitucional □ Normal □ Abnormal

- Recent Bad Health/Salud Mala Reciénte NO YES _____
- Recent Weight Loss/Pérdida de Peso Reciénte NO YES _____
- Recent Weight Gain/Aumento de Peso Reciénte NO YES _____
- Fatigue/Fatiga NO YES _____

Ear, Nose, Throat, Mouth/Oido, Nariz, Garganta

□ Normal □ Abnormal

- Hearing Loss/Pérdida de Audición NO YES _____
- Sinus Problems/Problemas de Sinusitis NO YES _____
- Dry Throat or Mouth/ Resequedad de Garganta or Boca NO YES _____
- Other Symptoms/Otras Sintómas NO YES _____

Heart and Blood Vessels / Corazon y Vasos Sanguineos

□ Normal □ Abnormal

- Palpitations / Palpitaciones NO YES _____
- Irregular Heartbeat / Latido de Corazón Irregular NO YES _____
- Pacemaker / Marcapaso NO YES _____
- Shortness of Breath/Dificultad para Respirar NO YES _____
- Shortness of Breath on exertion or walking / NO YES _____
  Falta de aire cuando hace fuerza o cuando este caminando
- Shortness of Breath while lying down / NO YES _____
  Falta de Aire cuando este Acostado
- Swelling of the Feet and/or Ankles / NO YES _____
  Hinchazón de Píes y/o Tobillos
- High Blood Pressure / Preston Alta NO YES _____
- Unusually Low Blood Pressure / Presión Baja NO YES _____
- Chest Pain or Angina / Dolor o Angina de Pecho NO YES _____
- Myocardial Infarction (heart attack) / Infarcto NO YES _____
- Hyperlipidemia (high blood cholesterol or lipids) / NO YES _____
  Hiperlipedemia (colesterol o lipidos alto)
- Arteriosclerosis of Heart / Arteriosclerosis del Corazon NO YES _____
- Arteriosclerosis of Carotid Arteries / Arteriosclerosis NO YES _____
  de las Carotides
- Other Cardiovascular Disease / Otra Enfermedad NO YES _____
  Cardiovascular

Lungs and Breathing □ Normal □ Abnormal

- Wheezing or Asthma NO YES _____
- Shortness of Breath NO YES _____
- Chronic cough or bronchitis NO YES _____
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease or Emphysema NO YES _____
- Other Lung Diseases NO YES

HOWITT & PARIS
EYE CARE

Patient Name/Nombre del Paciente: _____

Date/Fecha: _____

Gastrointestinal Disease □ Normal □ Abnormal

- Painful Bowel Movement or Constipation NO YES _____
- Other Stomach or Intestinal Disease NO YES _____

Genitourinary Disease / Genitourinario □ Normal □ Abnormal

- Kidney Stones / Piedras en los rinones NO YES _____
- Blood in Urine / Sangre en la urina NO YES _____

Men / Masculino:

- Prostate Disease / Enfermedad de la Prostuta NO YES _____

Women / Femenino:

- Unusual Obstetrical Events / Eventos Obstétricos NO YES _____
- Gynecological Disease / Enfermedad Ginecológica NO YES _____
- Other GU Disease / Otra Enfermedad Genitourinaria NO YES _____

Bones, Joints, Muscles / Huesos, Collonturas, Musculos

□ Normal □ Abnormal

- Pain / Dolor NO YES _____
- Weakness / Debilidad NO YES _____
- Cold Extremities / Extremidades Frias NO YES _____
- Arthritis / Artritis NO YES _____
- Rheumatoid Arthritis / Artritis Reumatica NO YES _____
- Other Disease / Otra enfermedad NO YES _____

Skin or Breast / Piel o Cenos □ Normal □ Abnormal

- Rash / Erupcion NO YES _____
- Skin Cancer / Cancer de la Piel NO YES _____
- Breast Cancer / Cancer del los Cenos NO YES _____
- Other Disease / Otra enfermedad NO YES _____

Neurological / Neurologico □ Normal □ Abnormal

- Head Injury / Herida en la Cabeza NO YES _____
- Headache / Dolor de Cabeza NO YES _____
- Migraine / Migrana NO YES _____
- Non-Migraine HA / NO YES _____
- Paralysis or Stroke / Parlisis o Derrame Celebral NO YES _____
- Other / Otra Enfermedad NO YES _____

Mental / Mental □ Normal □ Abnormal

- Memory Loss / Pérdida de Memoria NO YES _____
- Insomnia / Insomnia NO YES _____
- Depression / Depresion NO YES _____
- Nervousness / Nerviosimo NO YES _____

HOWITT & PARIS
EYE CARE

Glandular or Endocrine Disease / Enfermedad Glandular o Endocrina

□ Normal □ Abnormal

- Thyroid Problems / Tiroides NO YES _____
- Diabetes / Diabetis NO YES _____
- Other / Otra Enfermedad NO YES _____

Blood & Lymphatic System / Sangre o Sistema Limfatico

□ Normal □ Abnormal

- Bruising and/or Bleeding / Moretones o Sangramiento NO YES _____
- Slow to heal after cuts / Demora en sanamiento de piel NO YES _____
- Anemia / Anemia NO YES _____
- Past Blood Transfusion / Transfusion de Sangre NO YES _____

Allergic & Immune System / Alergias o Enfermedades del Systema Imunologico

□ Normal □ Abnormal

- Hay Fever / Fiebre de Heno NO YES _____
- Food Allergy / Alerigia de alguna comida NO YES _____
- Skin or any adverse reaction to medications NO YES _____
- **If marked YES, please list all medication reactions

Social History / Historia Social

- Tobacco Use / Uso de Tabaco NO YES _____
- Alcohol Use / Uso de alcohol NO YES _____
- Other Substance Use NO YES _____

Family History / Historia Familial

- Diabetes / Diabetes NO YES _____
- Glaucoma / Glaucoma NO YES _____
- Cataracts / Cataratas NO YES _____
- Other / Otra Enfermedad NO YES _____

Ocular Medications / Medicamentos Oculares:

_____

_____

Systemic Medications / Medicamentos Sistematicos:

_____

_____

Operations / Operaciones:

_____

_____

Systemic Diagnosis / Diagnosis Sistematicos:

_____

_____

_____ M.D. _____ _____

Physician's Signature Technician's Initial Date